

Evaluación pretrasplante intestinal (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante)

HOJA 1 DE 2

Los datos marcados con * son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara.

Centro de trasplante

* Nombre:

Nro registro:

* Médico a cargo:

Nro registro:

Paciente

* Nombre y Apellido:

Nro registro:

* Tipo de documento: ☐ DNI ☐ DNIM ☐ DNIF ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ Pasaporte

Número:

Serología

* Laboratorio:

* Fecha: / /

* Hbs Ag: ☐ + ☐ -

* HIV I: ☐ + ☐ -

* Toxo: ☐ + ☐ -

* Chagas (Inmunofluorescencia): ☐ + ☐ -

* Anti Hbs: ☐ + ☐ -

* HIV II: ☐ + ☐ -

Epstein Barr: ☐ + ☐ -

* Chagas (Fijación de compl.): ☐ + ☐ -

* Anticore: ☐ + ☐ -

* CMV: ☐ + ☐ -

PPD: ☐ + ☐ -

Xenodiagnóstico: ☐ + ☐ -

* HCV: ☐ + ☐ -

* VDRL: ☐ + ☐ -

* Chagas (Elisa): ☐ + ☐ -

Hemocultivo: ☐ + ☐ -

Gota Gruesa: ☐ + ☐ -

* Estudios complementarios (Medidas antropométricas)

Peso: kg

Talla: cm

Perímetro umbilical: cm

Perímetro axilar: cm

Perímetro xifoideo: cm

Largo esternal: cm

* Laboratorio

Grupo sanguíneo: ☐ 0 ☐ A ☐ B ☐ AB

Factor: ☐ Positivo ☐ Negativo

* Situación clínica

- Emergencia: ☐ Pacientes pediátricos con pérdida de accesos vasculares con pérdida de dos (2) de los cuatro (4) accesos vasculares estándares por trombosis. Los cuatro (4) accesos vasculares estándares considerados son: los dos (2) confluentes yugulo-subclavios y dos (2) femorales.
- ☐ Pacientes adultos con pérdida de tres (3) de los seis (6) accesos vasculares estándares por trombosis (venas subclavias, yugulares internas y femorales, derechas e izquierdas).
- ☐ Disfunción hepática progresiva por enfermedad hepática asociada a la nutrición parenteral total (NPT) e insuficiencia intestinal.
- Marcar uno (1) de los siguientes tres (3) criterios:
- ☐ A - Pacientes menores de un (1) año con bilirrubina total mayor a 6 mg/dl en forma ininterrumpida durante seis (6) semanas, en ausencia de otra causa que lo justifique (infección, drogas).
- ☐ B - Pacientes de un (1) año de edad o más, con bilirrubina total mayor a seis (6) mg/dl en forma ininterrumpida durante seis (6) meses, en ausencia de otra causa que lo justifique (infección, drogas).
- ☐ C - Pacientes con biopsia hepática con fibrosis menor o igual a grado dos (2) (escala METAVIR). El centro de trasplante deberá remitir junto con la constancia de inscripción copia de los protocolos de laboratorio de acuerdo a los tiempos de actualización con los valores de bilirrubina total para los puntos A y B.
- ☐ Pacientes con trastornos hidro-electrolíticos severos que no pueden ser manejados con máximo aporte posible por infusión de NPT, entendiendo esto como el aporte máximo de potasio, sodio y magnesio.

Electivo: ☐

Trasplantes previos (Resultado de la evaluación pretrasplante)

1er tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
2do tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
3er tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
4to tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>

Evaluación pretrasplante intestinal (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante)

HOJA 2 DE 2

Los datos marcados con * son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara.

* Resultado de la evaluación pretrasplante

☐ APTO PARA TRASPLANTE - continúa el proceso de inscripción

☐ NO APTO TRANSITORIO PARA TRASPLANTE - el proceso de inscripción permanece pendiente

☐ Edad

☐ Patología cardíaca

☐ Patología vascular

☐ Patología infecciosa

☐ Patología neoplásica

☐ Patología quirúrgica

☐ Patología urológica

☐ Patología metabólica

☐ Patología nutricional

☐ Patología neurológica

☐ Causa psicopatológica

☐ Situación socioeconómica

☐ Patología inmunológica

☐ Adicción

☐ Accidente

☐ Trasplante en el exterior

☐ No reside en el país

☐ Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente

☐ Otra

☐ NO APTO DEFINITIVO PARA TRASPLANTE - se interrumpe el proceso de inscripción

☐ Edad

☐ Patología cardíaca

☐ Patología vascular

☐ Patología infecciosa

☐ Patología neoplásica

☐ Patología quirúrgica

☐ Patología urológica

☐ Patología metabólica

☐ Patología nutricional

☐ Patología neurológica

☐ Causa psicopatológica

☐ Situación socioeconómica

☐ Patología inmunológica

☐ Adicción

☐ Accidente

☐ Trasplante en el exterior

☐ No reside en el país

☐ Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente

☐ Fallecimiento

☐ Otra

☐ NO APTO PARA ESTA LISTA DE ESPERA - se interrumpe el proceso de inscripción y se indica evaluación de la siguiente lista combinada:

Comentarios

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada